P. SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

CAUSERIES CLINIQUES DE LARIBOISIÈRE

L'adénopathie des cancers de la face et du cou.

— 1904 —

PUBLICATION DE *L'ODONTOLOGIE*

30 décembre.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30604710

P. SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

CAUSERIES CLINIQUES DE LARIBOISIÈRE

L'adénopathie des cancers de la face et du cou.

— 1904 —

PUBLICATION DE *L'ODONTOLOGIE*

30 décembre.

CAUSERIES CLINIQUES DE LARIBOISIÈRE

L'adénopathie des cancers de la face et du cou.

Leçon de M. Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, recueillie par M. *Georges Lemerle*, externe des hôpitaux.

Je vais vous présenter aujourd'hui quelques malades atteints d'adénopathie cancéreuse; chacun d'eux est à une période différente de son affection. Vous pourrez ainsi suivre les phases de ce cruel processus et parcourir les étapes de sa fatale évolution.

Voici notre première patiente. C'est une dame d'une quarantaine d'années, qui a été soignée, depuis plusieurs mois, pour une surdité dont la cause a échappé à tous ceux qui l'ont examinée avant moi. Je l'ai vue, pour la première fois, il y a un mois; elle présentait déjà une obstruction totale de la fosse nasale droite. Et cependant, le toucher digital et la rhinoscopie postérieure indiquaient que le cavum et l'orifice choanal étaient libres; d'autre part, pour aussi loin qu'il pût pénétrer par la rhinoscopie antérieure, l'œil ne découvrait rien d'anormal dans la fosse nasale. Nonobstant, une observation attentive de la cavité buccale me permit de constater qu'il existait, sur la face inférieure de la voûte et du voile du palais, au point où ils confinent l'un à l'autre, et du côté où siégeait l'occlusion de la fente respiratoire, une légère tuméfaction, un bombement presque inappréciable

des tissus; à ce niveau, la muqueuse était un peu plus rouge et la pression provoquait une petite douleur. Je rétractai, par un badigeonnage de cocaïne et d'adrénaline, la muqueuse de la région nasale rétro-vestibulaire et je pus alors, non sans difficulté, découvrir profondément, sur le plancher de la fosse nasale droite, le front irrégulier d'une masse bourgeonnante, dont une portion était infiltrée dans la concavité du cornet inférieur, et dont l'autre s'épanouissait dans le méat. Un stylet, introduit par l'orifice antérieur de la fosse nasale, tantôt venait buter contre la formation et provoquait une légère hémorragie, tantôt s'insinuait entre elle et les parois nasales pour pénétrer jusque dans le cavum. Ainsi pouvaient désormais recevoir leur interprétation raisonnable, l'infection et l'obstruction tubaires, génératrices de surdité. Mais un doute planait encore sur le diagnostic : ce processus, qui évoluait sur le plancher de la fosse nasale, qu'était-il? Ressortissait-il à la syphilis tertiaire ou bien ressortissait-il au cancer ? Je dois dire que le caractère atténué des douleurs, l'absence de suppuration fétide et d'hémorragie, la marche relativement lente de l'affection, le mode de réaction de la face buccale du voile qui m'apparaissait mou, empâté, œdémateux, la coexistence d'une diplopie dans le regard oblique externe à droite et d'un myosis très accusé me poussèrent, tout d'abord, à incriminer la syphilis ; mais mon espoir fut de courte durée. Je fis décolleter la malade et j'explorai la région cervicale. Dans la profondeur du cou, derrière l'angle de la mâchoire, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, là où, contre la paroi pharyngée, s'épanouit, vers la langue et la face, la carotide externe, je sentis un ganglion pas très gros, une noisette à peine, mais si dur, si pierreux, si enfoncé, si rebelle aux efforts que je faisais pour le détacher de la profondeur et l'amener à exploration, et si obstinément attaché au pharynx que mon diagnostic fut irrévocable : la malade avait un cancer.

Voilà la première phase de l'adénopathie cancéreuse : ganglion isolé, non encore adhérent aux plans musculaires de recouvrement, sans périadénite.

Voici un autre malade. C'est un belge de 65 ans, qui m'a été adressé, ce matin même, par mon confrère le Dr Serré. Il vient me demander, ce malade, de lui « enlever une grosseur » qui, depuis deux mois, s'est développée sur le côté droit du cou. Examinons ensemble cette petite tumeur. Vous voyez qu'elle déforme légèrement la région cervico-latérale, derrière le cartilage thyroïde. Vous sentez qu'elle est dure, bossuée, sans la moindre rénitence. Voulez-vous la mouvoir ? Dans le sens vertical, elle demeure obstinément immobile ; d'avant en arrière, elle se laisse, il est vrai, déplacer, mais c'est à peine ; on dirait que de sa face profonde émanent des tentacules inextensibles qui la retiennent aux viscères du cou. Et, d'ailleurs, quand vous la mobilisez, vous mobilisez aussi le sterno-cléido-mastoïdien. Elle s'est infiltrée dans le parenchyme de celui-ci et s'est incorporée à lui. Faites maintenant contracter le muscle : la tumeur devient tout à fait immobile ; elle est bloquée. Eh bien ! ce malade n'accuse, pour ainsi dire, aucun trouble subjectif ; la respiration, la phonation, la déglutition s'exécutent chez lui d'une manière presque normale ; il n'y eut jamais d'évacuation de pus ni de sang par la bouche ; à peine existe-t-il quelques vagues douleurs dans la nuque et un peu d'hypersécrétion salivaire. Il n'importe : soyez assurés que le pauvre homme est, malgré tout, atteint d'un cancer de la bouche ou du carrefour aéro-digestif. Pratiquons l'oroscopie antérieure directe : rien. Le miroir, maintenant : ne voyez-vous pas l'épiglotte, le sillon glosso-épiglotte, les deux replis aryténo-épiglottiques, les cornicules et la bordure inter-aryténoïdienne envahis par un épithélioma végétant ? Tout l'encadrement du vestibule laryngé bourgeonne de telle manière qu'on ne comprend pas que le malade n'ait pas de troubles respiratoires.

Voilà la seconde phase de l'adénopathie cancéreuse : plusieurs ganglions réunis par la périadénite adhésive, avec infiltration dans les plans musculaires de recouvrement.

Notre troisième malade m'a été adressée, ce matin même, par mon interne en pharmacie, M. Dewald C'est une

femme de cinquante-huit ans, qui a été opérée, il y a trois ans, par un de mes collègues des hôpitaux, pour un cancer de la joue droite ; elle porte, dans la région buccinatrice, une cicatrice verticale qui, avec une paralysie faciale partielle, témoigne du traumatisme chirurgical qu'elle a subi. De tous les épithéliomas, les épithéliomas cutanés sont, vous le savez, les plus bénins. Mon maître Verneuil leur avait donné, en raison de ce caractère de bénignité relative, un nom qui préjugeait de leur origine et de leur nature : il les appelait des adénomes sudoripares. De fait, si cette conception de Verneuil n'a pas été confirmée dans la suite, il n'en reste pas moins vrai que ces cancroïdes de la peau guérissent sous l'influence de traitements divers : soit par exérèse extemporanée (bistouri), soit par destruction chimique (caustiques), soit par dégénérescence cellulaire (radiothérapie, radium) et il n'est pas rare qu'ils ne récidivent pas. Quelques-uns, cependant, se comportent, à la date d'échéance près, comme des épithéliomas de muqueuse et renaissent, après ablation, dans les ganlions tributaires de l'organe où ils se sont une première fois développés. C'est précisément ce qui est arrivé ici. La région sous-maxillaire est remplie tout entière par trois ou quatre gros ganglions extrêmement durs, confondus les uns avec les autres, formant une masse irrégulière, bosselée, enclavée sous l'arc mandibulaire, si adhérente à cet arc mandibulaire et aux organes profonds, qu'en essayant de la mouvoir on ébranle toute la tête. En arrière, ces ganglions du plancher de la bouche se continuent, par le groupe sous-angulo-maxillaire, avec de gros ganglions carotidiens. Ceux-ci, comme les premiers, sont d'une dureté de pierre ; ils ont pénétré la face profonde du muscle sterno-mastoïdien, dans le parenchyme duquel ils se sont incrustés ; aussi la malade est-elle atteinte d'un véritable torticolis par myosite. Elle ne peut tourner la tête ni à droite ni à gauche ; le muscle droit, infiltré de cancer ne se contracte plus ; il bride même, par son irréductible rétraction, les mouvements dont le muscle gauche est l'agent. Dans la région

sous-mandibulaire, la tumeur ganglionnaire n'adhère pas seulement aux plans profonds ; elle adhère encore à la peau. Les téguments sont épaissis, infiltrés, durcis, raides, rouges ; des plis s'y sont creusés dont il est impossible d'écarter les bords ; nulle élasticité n'existe plus ; nul glissement n'est plus possible. « La peau est prise » disons-nous ; elle est envahie par le cancer. Ici, la tumeur bourgeonne dans la partie supérieure de la trame cutanée et l'on pressent déjà l'ulcération ; là, un processus de rétraction l'attire dans la profondeur, la déprime, la sillonne de rhagades ; ailleurs, vers la périphérie, ce n'est plus que l'état « chagriné » ; plus loin, tout à la périphérie, ce sont des veines superficielles gorgées du sang d'une mauvaise circulation de retour.

Voilà la troisième phase de l'adénopathie cancéreuse ; l'infiltration a rayonné des plans musculaires vers la peau.

Je vais dans quelques instants pratiquer, sur notre quatrième malade, une trachéotomie d'urgence. C'est un malheureux homme atteint d'un cancer laryngo-pharyngé à la suite duquel s'est développée une double adénopathie, carotidienne et prélaryngée. L'une et l'autre ont envahi les plans musculaires, puis la peau ; elles se sont réunies, confondues, étalées dans le tissu cellulaire, et le cou de ce malheureux est, à l'heure actuelle, enserré dans un véritable carcan d'adéno-phlegmon cancéreux qui, en largeur s'étend d'un sterno-mastoïdien à l'autre et, en hauteur, va de l'os hyoïde à l'appareil cléido-sternal. Dans toute l'étendue de ce vaste « infiltrat », les téguments sont rouges, violacés, épaissis, plissés, adhérents. Même, en plusieurs points, la peau s'est sphacélée, envahie et détruite par le processus de dégénérescence ; entre le sterno-mastoïdien et la trachée, elle présente, sur la face droite du cou, trois perforations par où s'écoule un liquide blanc roussâtre, séro-purulent, contenant de nombreux grumeaux. Ceux-ci ne sont autre chose que des fragments de ganglions cancéreux frappés de nécrose parcellaire.

Voilà la quatrième phase de l'adénopathie cancéreuse ; le processus a détruit et ulcéré les téguments.

Les quatre malades que vous venez d'examiner avec moi vous offrent l'image des étapes que parcourt, dans son évolution presque toujours rapide, l'adénopathie cervicale symptomatique des cancers de la face et du cou : le ganglion malade est d'abord isolé ; puis il s'entoure d'une zone de périadénite et cette périadénite envahit successivement les cylindres musculo-aponévrotiques du cou, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau qu'elle pénètre et ulcère.

Mais à quelque période que vous l'envisagiez, l'adénopathie cancéreuse se distingue par trois caractères fondamentaux qui en rendent le diagnostic d'ordinaire très facile : 1° l'induration ; 2° l'adhérence conduisant à la fixité et à l'enclavement ; 3° la tendance à envahir les ganglions voisins.

La dureté des ganglions cancéreux est tout à fait spéciale ; elle se montre de bonne heure et ne disparaît jamais. Elle est précoce et tenace. On a coutume de dire qu'au cours de l'évolution d'un cancer ulcéré peut se développer, dans le groupe ganglionnaire dont l'organe malade est tributaire, une adénite simple, d'ordre infectieux banal. Je ne dis pas que la chose soit impossible et il n'y a point, en effet, de raison pour qu'elle le soit ; mais je n'y ai guère foi et s'il est, à la rigueur, raisonnable de penser que ces adénopathies, survenues au cours d'un cancer infecté de voisinage, sont, au début, de nature purement « inflammatoire », il est bien certain qu'elles ne conservent pas longtemps ce caractère et qu'elles deviennent très rapidement des adénopathies proprement spécifiques, des véritables greffes de cancer. En tout cas, la chose n'est pas à nier quand le ganglion ou les ganglions ont pris cette dureté dont je parlais tout à l'heure et qui n'appartient exclusivement qu'à l'adénite cancéreuse. Or, cette adénite ligneuse est quelquefois très précoce, si précoce qu'elle conduit souventes fois à notre consultation des malades qui portent dans la profondeur du carrefour aéro-digestif une petite ulcération néoplasique encore ignorée, pour laquelle aucun trouble fonctionnel n'est encore venu donner l'alarme.

J'ai vu des adénites cervicales consécutives à un chancre lingual ou amygdalien et, même, quelques adénites tuberculeuses revêtir un caractère d'induration comparable, dans une certaine mesure, à celle de l'adénite cancéreuse au début de son évolution ; mais cela est l'exception. Et puis l'adénopathie syphilitique ne tarde pas à se dissiper, l'adénopathie tuberculeuse à se ramollir, tandis que l'adénopathie cancéreuse s'affirme. L'induration de celles-là est éphémère et fugitive ; l'induration de celle-ci est permanente et tenace.

L'adhérence des ganglions cancéreux aux organes profonds du cou a quelque chose de tout à fait spécial. L'adénopathie est à peine née qu'elle se fixe, s'immobilise. Et cette tendance à l'enclavement s'explique par un double processus anatomique. Il y a, tout d'abord, les lésions du pédicule lympho-vasculaire du ganglion. Ce pédicule, atteint d'angioleucite et porteur de greffe cancéreuse, frappé d'ailleurs avant le ganglion, établit entre celui-ci et le viscère malade (bouche, langue, pharynx), une sorte de connexion profonde qui est le premier agent de fixité. Puis intervient la périadénopathie, l'adéno-phlegmon qui envoie sa coulée prenante vers tous les organes du cou : les muscles et les aponévroses, les vaisseaux, le périoste des vertèbres et le périoste de la mâchoire inférieure. La tumeur ganglionnaire finit par être coincée, figée dans le cou ; mais, bien avant qu'elle en soit arrivée à ce point qui l'arrache aux droits de la chirurgie, elle prend des adhérences qui rendent presque toujours laborieuse son extirpation et nécessitent souvent la ligature et la résection de la veine jugulaire interne.

La carcino-adénopathie ne se limite jamais à un ganglion lymphatique ; elle déborde, elle diffuse toujours. Elle est, par excellence, une adénopathie pluri-ganglionnaire et ne respecte même pas la topographie un peu schématique de nos descriptions anatomiques. Je veux dire, en parlant ainsi, qu'elle passe volontiers d'un groupe ganglionnaire à l'autre. Ainsi, dans un épithélioma du plancher de la bou-

che, l'infection ganglionnaire s'étend souvent du département sous-maxillaire au département carotidien ; ainsi, dans un épithélioma de la langue, s'accomplit souvent la marche inverse, des ganglions sous-sterno-mastoïdiens vers les ganglions sous-mandibulaires.

Les ganglions ainsi atteints sont, vous disais-je, comme cimentés les uns avec les autres par la périadénite adhésive ; ils s'agglomèrent et forment une sorte de bloc multilobé qui grossit quelquefois avec une extrême rapidité et comprime dangereusement les organes du cou. C'est une pitié de voir agoniser durant des semaines, dans la dyspnée et la dysphagie progressives, les malades qui sont atteints de ces volumineuses carcino-adénopathies. Certes, elles n'affectent pas toutes cette forme hypertrophique, soit que la mort précipitée du malade ne leur en laisse pas le temps, soit que la greffe cancéreuse, pour des raisons qui nous échappent complètement, ne réalise pas toujours la même fertilité ou ne trouve pas dans tous les ganglions un terrain également propice à son développement ; mais il y en a beaucoup, et j'en ai observé de nombreux exemples. Quelques-uns, parmi ceux-ci, m'ont beaucoup frappé. Je me rappelle avoir pratiqué la trachéotomie chez un homme à qui j'avais amputé la langue quelques mois plus tôt ; le conduit laryngo-trachéal était tellement dévié par une énorme carcinose ganglionnaire que je dus, pour l'atteindre, pratiquer une incision cutanée sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Je me rappelle encore avoir vu mourir d'inanition un pauvre officier retraité que je soignais avec mon ami, le Dr Latruffe-Colomb, et chez lequel je me serais presque laissé aller à pratiquer une bouche stomacale, tant il mettait de douloureuse insistance à solliciter de nous une opération qui lui permît d'assouvir sa faim.

Et c'est quelquefois avec une extrême rapidité que se développent ces énormes cancers secondaires des ganglions. Il y a quelques années, mourut la nuit, dans une syncope, un homme encore très jeune qui était atteint d'une

énorme adénopathie cancéreuse du cou, et que je visitais, de temps à autre, avec mon collègue et ami le Dr Florand. Or savez-vous à quel moment de l'évolution de sa maladie succombait ainsi notre malheureux patient? C'était, si mes souvenirs sont précis, en décembre, six mois après le jour où, commençant à souffrir de la gorge et sentant dans le cou se développer une « petite glande », le pauvre homme avait été successivement consulter deux des plus éminents professeurs de la Faculté, justement réputés cliniciens très sagaces, lesquels avaient l'un et l'autre porté le diagnostic de « chancre induré de l'amygdale avec adénite ». Et j'ai vu de cette évolution surprenante plusieurs autres exemples attristants.

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. Mellottée.

Châteauroux. — Typ. et Stér. A. Mellotiée.